

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

N°.....

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Aurélie LAVEAU

Née le 28 Janvier 1983 à Pithiviers (45).

Présentée et soutenue publiquement le : 27 MARS 2014.

***PARCOURS DE SOINS DES FEMMES SOUHAITANT UNE INTERRUPTION
VOLONTAIRE DE GROSSESSE, AVANT LEUR ACCÈS AU CENTRE.***

Président : Monsieur le Professeur SENTILHES Loïc.

**Directrices : Madame le Docteur BELLOEIL Vanessa
et Madame le Professeur BARON Céline.**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

N°.....

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Aurélie LAVEAU

Née le 28 Janvier 1983 à Pithiviers (45).

Présentée et soutenue publiquement le : 27 MARS 2014.

***PARCOURS DE SOINS DES FEMMES SOUHAITANT UNE INTERRUPTION
VOLONTAIRE DE GROSSESSE, AVANT LEUR ACCÈS AU CENTRE.***

Président : Monsieur le Professeur SENTILHES Loïc.

**Directrices : Madame le Docteur BELLOEIL Vanessa
et Madame le Professeur BARON Céline.**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
 Pr. PROCACCIO
 Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
BARON Céline	Médecine générale
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie

	clinique
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
GARNIER François	Médecine générale
GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine	Chirurgie générale
HUEZ Jean-François	Médecine générale
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
JEANNIN Pascale	Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
LEGRAND Erick	Rhumatologie
LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
LERMITE Emilie	Chirurgie générale
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
MENEI Philippe	Neurochirurgie
MERCAT Alain	Réanimation médicale
MERCIER Philippe	Anatomie
NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent	Génétique
PRUNIER Fabrice	Cardiologie

REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François	Néphrologie
URBAN Thierry	Pneumologie
VERNY Christophe	Neurologie
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BOUTON Céline	Médecine générale
CAILLIEZ Éric	Médecine générale
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CASSEREAU Julien	Neurologie
CHEVAILLER Alain	Immunologie
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
CONNAN Laurent	Médecine générale
CRONIER Patrick	Anatomie
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
de CASABIANCA Catherine	Médecine générale
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie

GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; Transfusion
HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
LERMITTE Emilie	Chirurgie Générale
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
PAPON Xavier	Anatomie
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
PUISSANT Hugues	Génétique
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion
TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

octobre 2013

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur SENTILHES Loïc

Directrices de thèse :

Madame le Docteur BELLOEIL Vanessa et

Madame le Professeur BARON Céline

Membres du jury :

Madame le Professeur ROUGE-MAILLART Clotilde

Madame le Docteur BELLOEIL Vanessa

Madame le Professeur BARON Céline

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur SENTILHES, Professeur en Gynécologie-Obstétrique.

Vous me faites le très grand honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de votre confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma plus haute considération.

A Madame le Professeur ROUGÉ-MAILLART, Professeur en Médecine Légale.

Veuillez accepter tous mes remerciements pour votre présence dans ce jury. Soyez assurée de mon profond respect.

A Madame le Professeur BARON, Professeur en Médecine Générale.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et de votre encouragement dans l'écriture de ce projet. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur BELLOEIL Vanessa, Docteur en Médecine Générale.

Un grand merci pour avoir dirigé ce projet. Votre enthousiasme et votre énergie m'ont permis de dissiper les doutes et les découragements. Vos conseils éclairés ont été indispensables à la réalisation de cette thèse. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous. Acceptez l'expression de toute ma gratitude.

Au personnel du Centre Flora Tristan

Sans vous cette étude n'aurait pas pu être réalisée. Merci de votre coopération.

A mes parents

Merci de m'avoir permis de poursuivre ces études. Vous m'avez donné le goût du travail, sans vous je n'aurais pas fait tout ce chemin. Ma réussite est la vôtre.
Merci pour tout votre amour.

**A mes frères Ludovic et Gatien ,
A Céline et Stéphanie,
A Nolan, Tristan, Romane et Emma.**

Merci d'être tels que vous êtes. Merci de m'avoir supportée au cours de ces années et d'avoir su préserver la bonne humeur familiale. Que nos franches rigolades durent toujours. Je suis fière de vous.

A ma belle famille : Claire et Gilles, Clémentine et Rémi, Prune et Edgar.

Vous m'avez accueillie au sein de votre famille et vous m'avez toujours soutenue. Votre aide nous est précieuse.

A Jean-Yves

Te succéder est un réel honneur. Nous avons la même vision de la médecine, le même plaisir du contact humain.

Aux amis

**Depuis toujours :Pauline,
les « Tourangeaux » : Julia, Neila, Hélène, Mathieu, Nicnic,
Les « Angevins »: Sophie, Pauline, Lio, Cocolas, Moulin,**

Sans vous, la vie serait bien fade.

A Charlie

Vivre avec toi est un bonheur chaque jour renouvelé. Tu as su me motiver dans les moments difficiles, tu m'as aidée à surmonter mes peurs. Tu as réussi à me supporter, et ça, c'est la plus belle preuve d'amour qu'il soit.

LISTE DES ABREVIATIONS :

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

ARS : Agence Régionale de la Santé

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

BAC : Baccalauréat

MG : Médecin Généraliste

Gyn : Gynécologue libéral

MH : Médecin Hospitalier

SA : Semaines d'Aménorrhées

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

PLAN

- Introduction.....	11
- Méthodologie.....	14
- Résultats.....	20
- Discussion.....	36
- Conclusion.....	51
- Bibliographie.....	53
- Table des matières.....	57
- Annexes.....	59

INTRODUCTION :

L'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) suppose un certain niveau d'information : il existe en effet des inégalités sociales dans la possibilité d'avoir recours à l'avortement et ceci a été démontré en Angleterre.[1] Dans la mesure où la parole sociale reste difficile et où l'information publique sur les lieux de réalisation de l'IVG était interdite jusqu'en 2001, nous pouvons penser que les femmes se sont largement appuyées sur l'aide du premier professionnel de santé rencontré.[2] A compter du 4 juillet 2001, nous observons une libération de l'information sur l'IVG avec la création de permanences téléphoniques régionales et l'édition par la Direction Générale de la Santé d'un dossier guide à destination des patientes.[3] Les modifications de la Loi en 2001 ont donc facilité l'accès à l'avortement pour toutes les femmes mais ne se sont pas traduites par une réduction des inégalités dans l'accès à l'IVG .[1]

Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en 2001 puis par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2010, la femme en demande d'IVG doit obtenir un rendez-vous dans les cinq jours suivant sa première rencontre ou son premier appel téléphonique. En effet, plus l'IVG intervient précocément pendant la grossesse, plus le taux d'efficacité est élevé et plus les risques de complications sont faibles. La précocité de réalisation permet également un choix plus large de techniques utilisables et influe sur le vécu des femmes.[2] Mais ce délai d'accès reste difficile à évaluer.[4] Encore faudrait-il que l'Agence Régionale de la Santé (ARS) identifie l'indicateur de délai le plus pertinent à analyser sur ce parcours de santé. En effet, certaines études comparent le délai entre le premier contact et le premier rendez-vous au CIVG, tandis que d'autres analysent celui entre le premier contact et la réalisation de l'IVG.[5]

La filière d'accès à l'IVG reste grandement déterminée par l'attitude du premier professionnel de santé contacté. [2] [6] [7]

L'étude de C. MOREAU de 2005 précise que les femmes ont contacté majoritairement un gynécologue. Les généralistes semblaient moins bien informés sur les procédures à suivre.[2] De plus, le gynécologue est plus souvent associé à une filière d'accès direct, c'est à dire sans intermédiaire entre le premier interlocuteur contacté et le centre pratiquant l'IVG. Selon C. ROSSIER, le délai est plus court lorsque la femme s'adresse à un gynécologue, il est plus long lorsqu'elle a recours à un Centre médico social ou à un médecin généraliste.[8]

La pratique du professionnel dépend de la formation qu'il a reçue et de son réseau de travail mais également de sa représentation de la légitimité de la demande de la femme.[7]

Il a été démontré lors de la thèse de J. BEDEL-CHAUVAUD en 2004 que l'activité d'IVG paraît anecdotique aux yeux des médecins généralistes, avec quelques lacunes de connaissances à ce sujet.
[9]

Face à la diminution progressive des gynécologues libéraux et depuis la réforme de l'Assurance Maladie qui place le médecin généraliste comme coordonnateur des soins et spécialiste en soins primaires, nous devrions observer une augmentation des consultations du médecin généraliste comme premier interlocuteur pour l'IVG.

Notre objectif est donc de comparer, pour les femmes en première demande d'IVG, les délais d'accès au Centre d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) lorsque le premier professionnel contacté est un médecin généraliste ou un autre professionnel de santé. Nous comparerons également les caractéristiques de ce premier contact selon l'interlocuteur.

MÉTHODOLOGIE :

1. ETUDE :

L'étude est à la fois descriptive et analytique.

Elle est rétrospective.

2. MÉTHODE :

2.1. Le questionnaire : *(annexe 1)*

Le support de notre étude était un questionnaire de trois pages composé de quatorze questions et d'une durée moyenne de remplissage de quatre minutes.

Une page de présentation de l'étude était disposée avant chaque questionnaire afin d'insister sur l'intérêt de celui-ci ainsi que sur l'anonymat de la femme interrogée. Il était précisé également que son remplissage n'avait rien d'obligatoire.

Le questionnaire a été élaboré sur le modèle du questionnaire destiné aux patientes de l'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2007. [10]

2.2. Le contenu du questionnaire :

Chaque question comportait des propositions sous forme d'items à cocher, excepté pour la date du premier rendez-vous au CIVG et la date du premier contact avec le premier professionnel.

Le questionnaire recueillait, dans une première partie, les caractéristiques socio-démographiques des femmes :

- leur âge (mineures ou majeures),
- leur situation conjugale (en couple ou célibataire),
- leur nationalité (française ou étrangère),
- leur niveau d'étude. Afin de simplifier nous avons pris le parti d'exposer les résultats après un regroupement :

- inférieur au baccalauréat (comprenant : pas d'études, brevet des collèges, Brevet d'Etudes Professionnelles (BEP) et Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP))
- égal ou supérieur au baccalauréat (comprenant : baccalauréat (BAC), BAC plus deux ou supérieur à BAC plus deux).

- la distance de leur domicile au centre IVG (inférieur ou supérieur ou égal à 20 km du CIVG).

La date de remplissage du questionnaire (soit la date du premier rendez-vous avec un médecin du Centre IVG) devait également être précisée ainsi que la date du premier contact avec un professionnel de santé. Ces éléments nous permettant ainsi de calculer le délai en jours pour chaque questionnaire en réalisant une soustraction entre ces deux dates.

Dans la deuxième partie, nous nous intéressons au parcours de soins jusqu'au jour du premier rendez-vous au CIVG :

- le premier professionnel contacté.

Le sujet de notre étude étant avant tout de mettre en comparaison le médecin généraliste aux autres professionnels, nous avons regroupé en deux catégories les premiers contacts :

- le groupe médecin généraliste « MG » : comprenant le médecin traitant ou un autre médecin généraliste,
- le groupe autres professionnels « Gyn + MH + CIVG » comprenant le gynécologue libéral, le médecin hospitalier ainsi que le professionnel du CIVG.

Il existe une catégorie dénommée « autre » qui n'a pas été mise en comparaison avec les deux groupes précédents.

- l'aide de l'entourage dans ce choix,

- les potentiels autres interlocuteurs avant le premier rendez-vous au centre IVG , nous permettant ainsi de définir deux types de parcours : le parcours direct où le premier interlocuteur adresse d'emblée au CIVG et le parcours indirect où il y a présence d'un intermédiaire entre le premier interlocuteur et le CIVG.

Puis dans la troisième partie, nous nous sommes intéressés aux informations obtenues par les femmes lors de ce premier contact, notamment sur :

- la clause de conscience,
- le lieu de réalisation de l'IVG,
- les méthodes possibles d'IVG
- le délai de réflexion.

2.3. Recueil des données :

Une rencontre préalable avec l'équipe du centre Flora Tristan a permis de mettre au point l'organisation. Le questionnaire a été distribué par la secrétaire de l'accueil du centre IVG à toutes les femmes se présentant avant le premier rendez-vous médical de demande d'IVG.

Chaque questionnaire anonyme était numéroté afin de faciliter la distribution des secrétaires, et de nous permettre de quantifier les non-réponses plus facilement.

La patiente a pu remplir le questionnaire dans la salle d'attente en attendant la consultation. Celui-ci a été récupéré par l'un des huit médecins du CIVG effectuant les premières consultations d'IVG.

Le questionnaire était alors déposé dans un casier réservé à cet effet, situé à l'accueil.

La femme était libre de le compléter ou non.

3. POPULATION :

3.1. Critères d'inclusion :

Toute femme se présentant au secrétariat du Centre Flora Tristan du CHU d'Angers pour un premier rendez-vous de demande d'IVG avec un médecin parmi les huit médecins du Centre.

3.2. Critères de non inclusion :

Toute femme en demande d'IVG avec antécédent d'une ou plusieurs IVG ne pouvait être incluse dans l'étude. La question numéro deux du questionnaire permettait d'écarter ces patientes de l'étude.

3.3. Taille de l'échantillon :

Echantillon de femmes estimé d'après la population consultant pour une demande d'IVG en 2012 selon le rapport d'activité du Centre Flora Tristan : $N = 1162$.

$$n = N / (1 + N \times e^2) \quad [11]$$

$$n \approx 298 \text{ femmes.}$$

Par simplification, nous avons arrondi à 300 femmes.

(e étant le niveau de précision que nous définissons à 5%.)

Ces trois cents questionnaires ont été distribués et récupérés entre le 27 mai 2013 et le 20 août 2013.

4. MÉTHODES STATISTIQUES :

La saisie des données de l'enquête a été réalisée à l'aide du logiciel Excel.

L'analyse univariée a été effectuée selon les méthodes statistiques habituelles : test de Student pour comparer les moyennes, test du CHI2 (χ^2) ou test exact de Fisher (si nécessaire) pour les variables qualitatives nominales.

L'ensemble de ces analyses a été réalisé avec le logiciel BIOSTATGV.

5. COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le questionnaire a été soumis au contrôle du comité d'éthique notamment concernant les questions sur la nationalité mais également sur les mineures. (*annexe 2*)

RESULTATS :

1. LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE :

Parmi les 300 questionnaires distribués, nous avons obtenu 79% de réponses (n=237).
Il s'agit d'une première IVG pour 74,68% des femmes de notre population (=177).

1.1. L'âge :

Les mineures représentent 9,04% (n= 16).

1.2. La situation conjugale :

61,58% (n=109) des femmes sont en couple.

1.3. La nationalité :

4,52% (n=8) sont de nationalité étrangère.

1.4. Le niveau d'étude :

Le niveau est supérieur ou égal au baccalauréat pour 57,96% (n=102) des femmes.

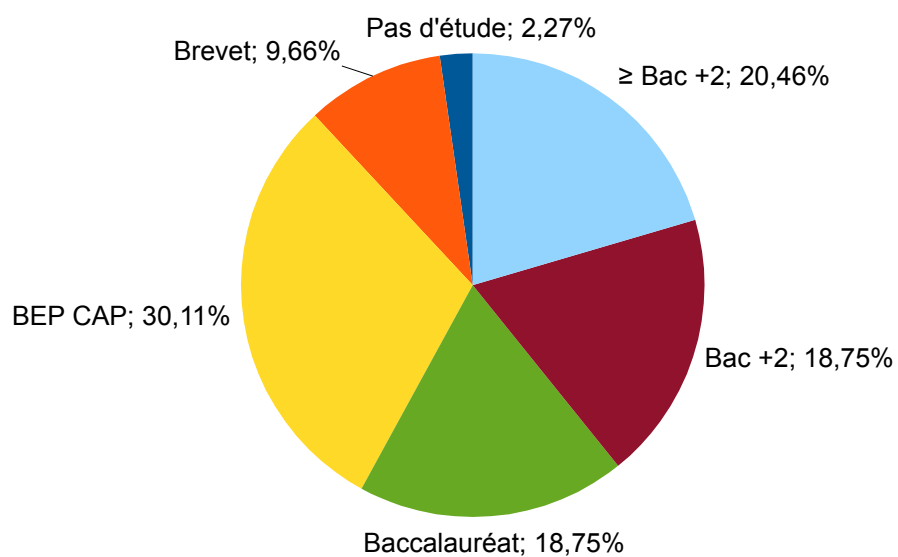


figure 1 : Répartition des niveaux d'études

1.5. La distance domicile – CIVG :

La population habite à une distance supérieure ou égale à 20 km du CIVG pour 50,85% (n=90).

1.6. Les réponses :

35,59% des femmes (n=63) ont répondu au questionnaire avec l'aide d'une tierce personne.

2. LE PREMIER CONTACT :

2.1. Le premier interlocuteur des femmes en première demande d'IVG :

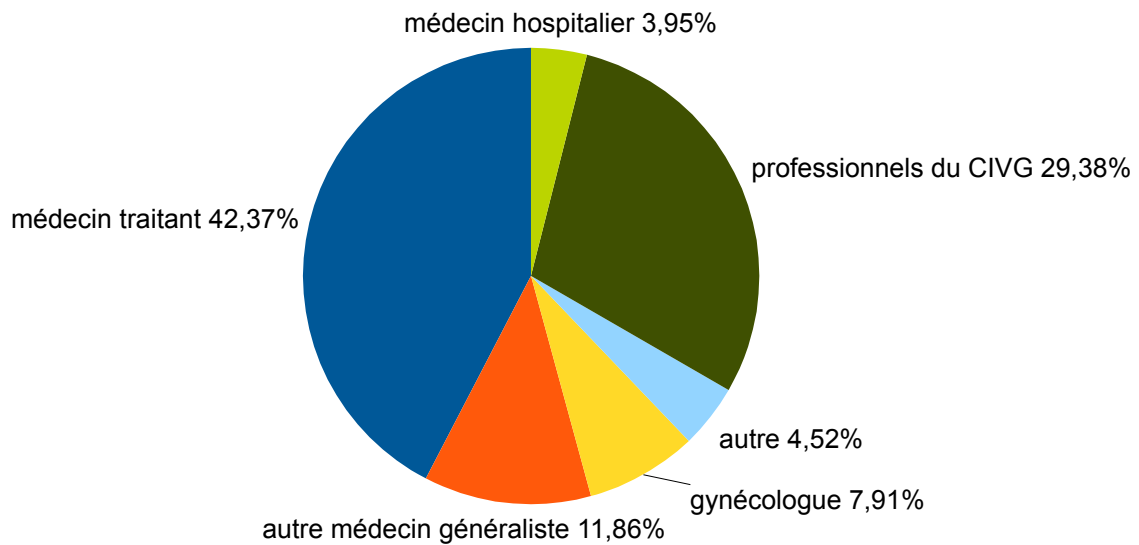


figure 2 : Premier interlocuteur contacté.

Après regroupement des premiers interlocuteurs, 54,23% (n=96) des femmes ont consulté un médecin généraliste en premier lieu.

Elles ont consulté l'autre groupe de professionnels à 41,24% (n=73).

(annexe 3).

2.2. Le premier interlocuteur selon les caractéristiques des femmes : (annexe 4)

2.2.1. Résultats significatifs :

A. Le médecin généraliste :

Les femmes consultent plus souvent le médecin généraliste si elles sont :

- majeures ($p= 0,030$) (annexe 5)

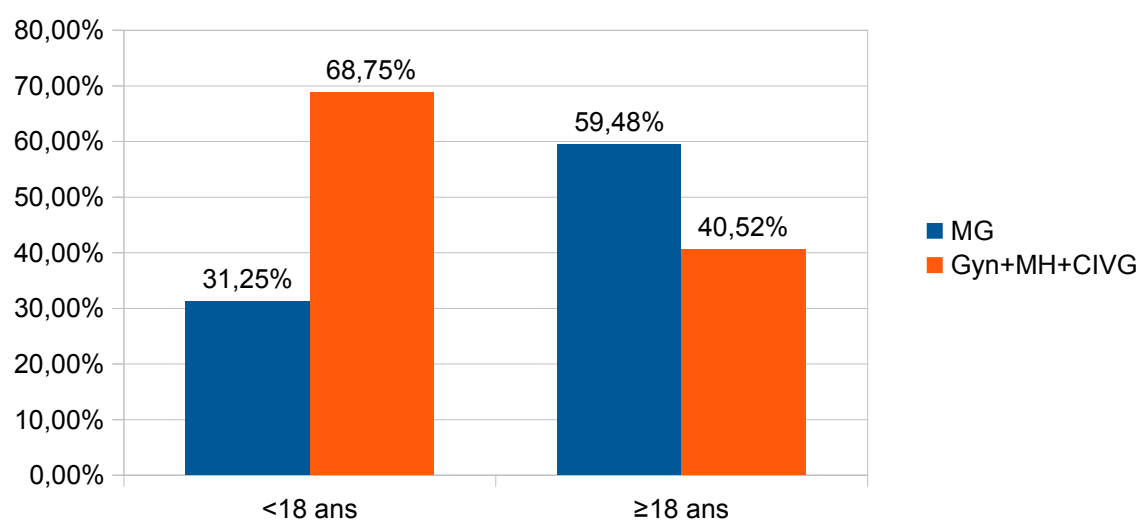


figure 3 : Premier interlocuteur selon l'âge

- célibataires ($p=0,016$) (*annexe 6*)

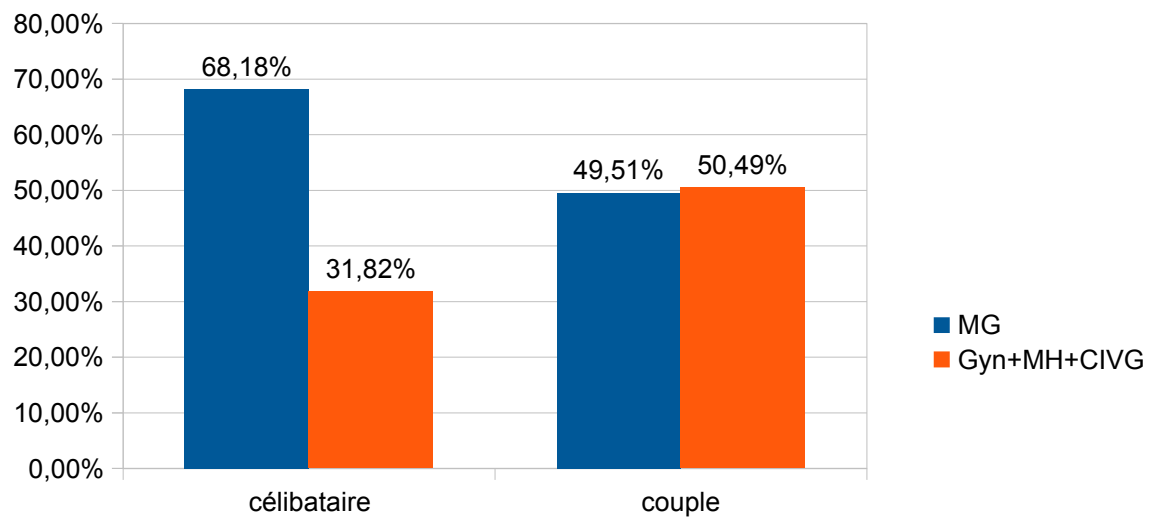


figure 4 : Premier interlocuteur selon la situation conjugale

- de niveau supérieur ou égal au baccalauréat ($p= 0,024$) (*annexe 7*)

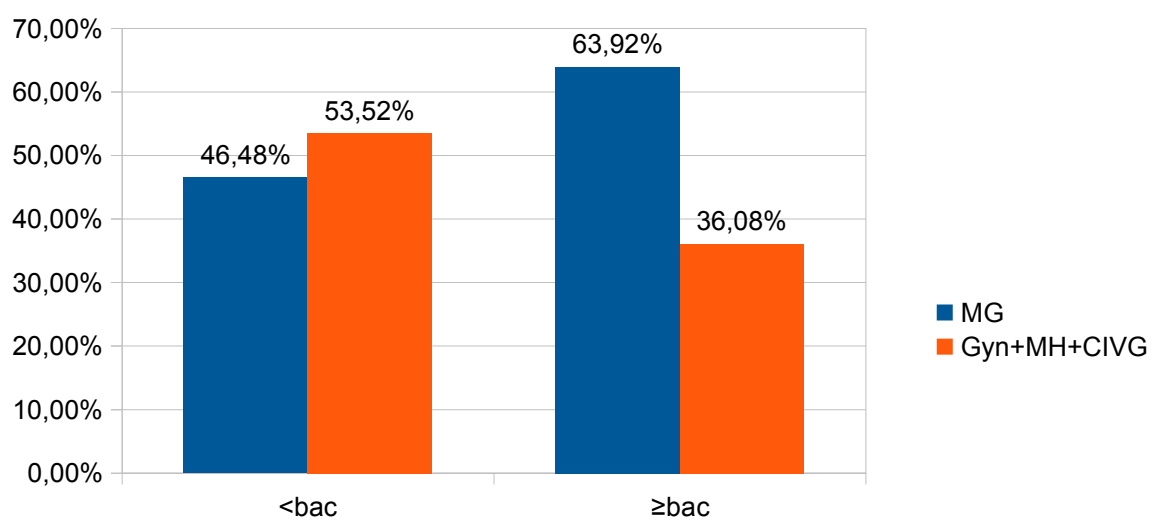


figure 5 : Premier interlocuteur selon le niveau d'études.

- les plus éloignées (supérieur ou égal à vingt kilomètres) du CIVG ($p=0,016$) (*annexe 8*)

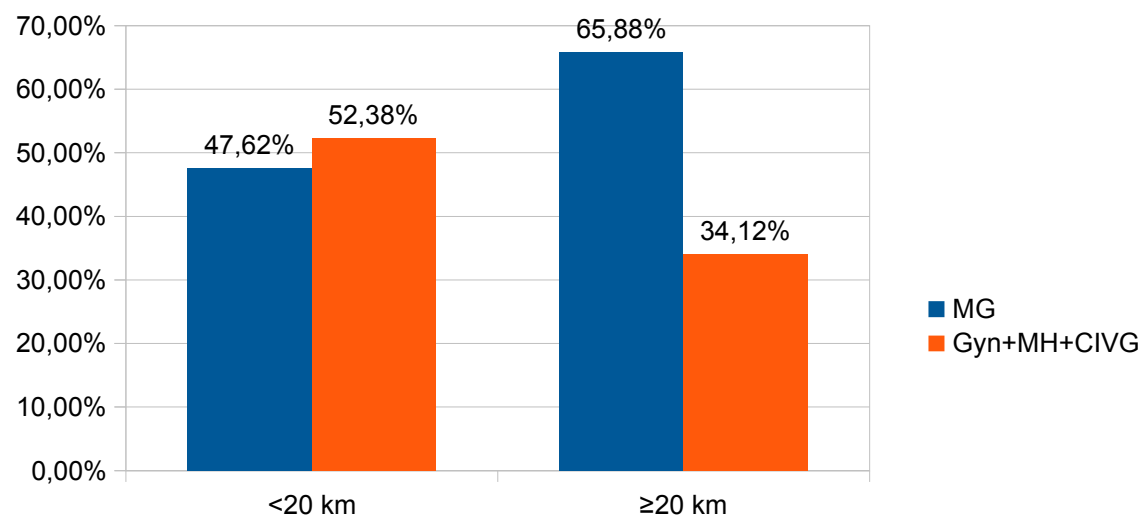


figure 6 : Premier interlocuteur selon la distance domicile-CIVG

B. Les autres professionnels :

Les femmes consultent plus souvent les autres professionnels si elles sont :

- mineures ($p=0,030$) (*annexe 5*)
- en couple ($p=0,016$) (*annexe 6*)
- de niveau inférieur au baccalauréat ($p=0,024$) (*annexe 7*)
- les plus proches du CIVG ($p=0,016$). (*annexe 8*)

2.2.2. Résultats non significatifs :

La nationalité n'a pas de lien significatif avec le choix du premier interlocuteur. (*annexe 9*)

2.3. Personne aidant au choix du premier interlocuteur : (annexe 10)

Parmi les 177 questionnaires remplis, nous avons obtenus treize questionnaires avec deux réponses et trois sans réponse, donc 161 questionnaires ont été exploités.

2.3.1. L'échantillon :

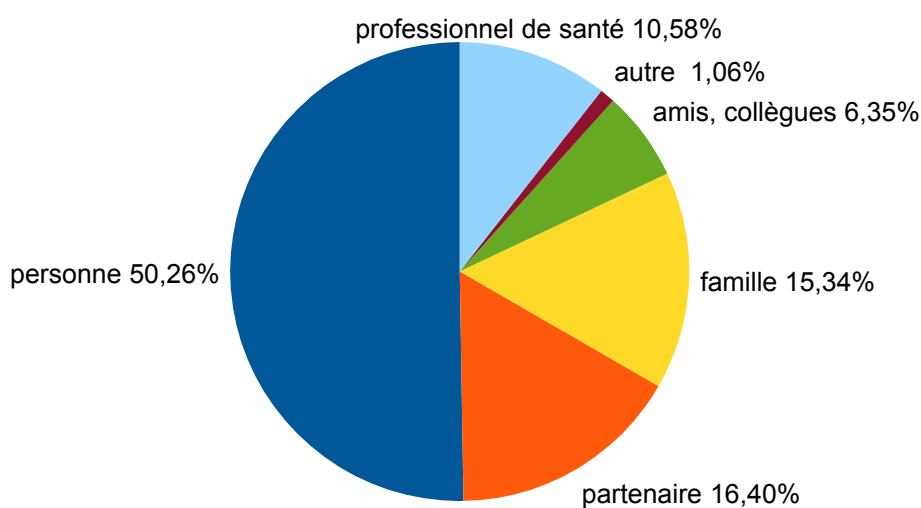


figure 7 : Aide dans le choix du premier interlocuteur

Il est à noter que les deux patientes ayant coché la réponse « autre » avaient ajouté en manuscrit la précision : « internet ».

2.3.2. Selon le premier interlocuteur : (annexe 11)

Il n'y a pas de différence significative selon le premier interlocuteur contacté.

2.4. Contenu de l'information transmise par le premier interlocuteur :

Sur les 177 questionnaires interprétables, quatre n'ont pas été complétés sur la question 13 concernant les quatre items (clause de conscience, lieu de réalisation de l'IVG, méthodes de l'IVG, et délai de réflexion).

2.4.1. Résultats significatifs :

Les méthodes de réalisation de l'IVG (52,46%) ($p=0,04$) et le délai de réflexion (53,52%) ($p=0,026$) sont principalement énoncés par le médecin généraliste. (annexes 12 et 13)

2.4.2. Résultats non significatifs :

Il n'y a pas de différence significative mise en évidence ni pour la clause de conscience ni pour le lieu de réalisation de l'IVG. (annexes 14 et 15)

3. PARCOURS APRÈS LE PREMIER CONTACT :

3.1. Le délai :

Nous pouvons exploiter 163 valeurs sur les 177 questionnaires récupérés.

Le taux de non-réponse est de 8%.

3.1.1. Délai entre le premier interlocuteur et le CIVG :

Nous obtenons un délai moyen de 6,51 jours.

Tableau I : délai selon le premier interlocuteur.

premier interlocuteur/délai	moyenne (jours)
Médecin traitant	6,27
autre Médecin généraliste	7,67
gynécologue	5,28
Médecin hospitalier	4,43
Professionnel du CIVG	4,1
Autres	5,2

Après regroupement :

Tableau II : délai selon le premier interlocuteur après regroupement.

premier interlocuteur/délai	moyenne (jours)
MG	6,57
Gyn + MH + CIVG	4,36

« MG » : regroupement des médecins généralistes

« Gyn + MH + CIVG » : regroupement des gynécologues, médecins hospitaliers et professionnels du Centre IVG.

Le délai d'accès est significativement plus long de 2,21 jours, avec un médecin généraliste qu'avec un professionnel du regroupement. ($p=0,001$) (*annexe 16*)

3.1.2. Délai fonction des caractéristiques des femmes :

A. Résultats significatifs :

Les femmes de niveau supérieur ou égal au baccalauréat ont un délai d'accès au CIVG plus long de 2,1 jours. ($p=0,005$) (*annexe 17*)

B. Résultats non significatifs :

- pour l'âge (*annexe 18*)
- pour la situation conjugale (*annexe 19*)
- pour la nationalité (*annexe 20*)
- pour la distance du domicile au CIVG (*annexe 21*)

3.2. Orientation du premier interlocuteur vers le CIVG : parcours direct :

Seules deux réponses n'étaient pas complétées.

3.2.1.L'échantillon :

Les femmes ont été adressées sans intermédiaire au CIVG. Il s'agit donc d'un parcours direct pour 73,14% (n=128).

3.2.2.Le parcours direct selon le premier interlocuteur :

Il n'y a pas de différence significative de parcours selon le premier interlocuteur. (*annexes 22 et 23*).

3.3. L'intermédiaire lorsque le parcours n'est pas direct :

3.3.1. L'échantillon :

26,86% (n=47) des femmes n'ont pas été orientées directement au CIVG par le premier interlocuteur.

Parmi celles-ci 68,09% disent n'avoir rencontré personne contre 31,91% pour un autre professionnel.(*annexe 24*)

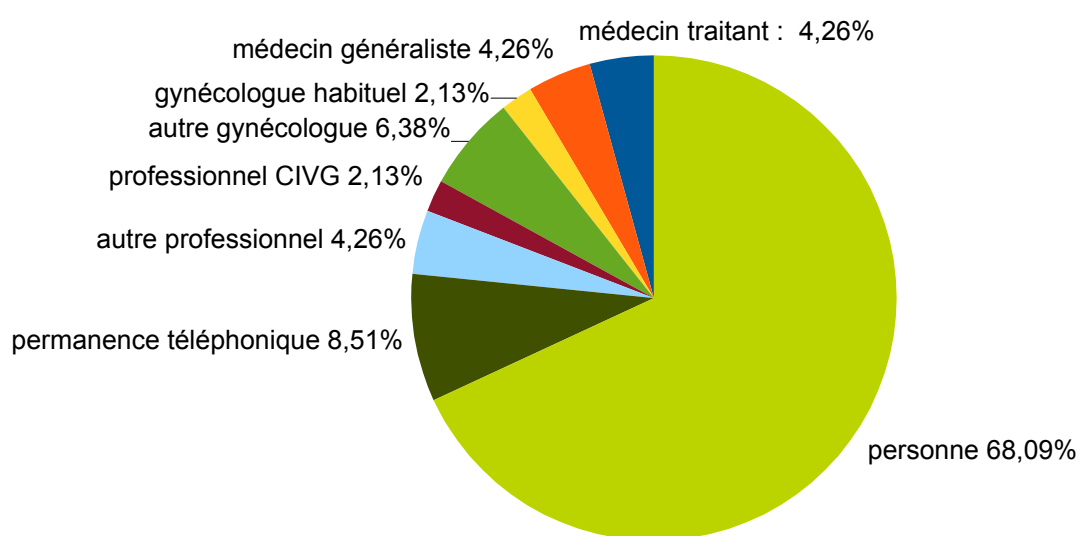


figure 8 : Si ce n'est le premier interlocuteur alors qui les a adressé au CIVG

3.3.2. L'intermédiaire selon le premier interlocuteur :

Il n'y a pas de différence significative d'intermédiaire selon le premier interlocuteur contacté.
(*annexe 25*)

DISCUSSION :

1. MÉTHODE

1.1. Points faibles :

La période d'étude, du 27 mai au 20 août 2013, couvre en partie les congés scolaires. Ceci peut expliquer que l'infirmière scolaire n'ait pas été identifiée en tant que premier interlocuteur dans les réponses.

Nous n'avons pas effectué de « questionnaire test » afin d'apprécier sa compréhension et son remplissage auprès des femmes. Ceci aurait permis de supprimer la question numéro onze. En effet, le premier item relatif au professionnel réalisant l'IVG n'est pas cohérent avec le moment de la distribution du questionnaire (avant le premier rendez-vous au CIVG).

Nous avons fait une généralisation en considérant que le médecin traitant était un généraliste. Un professionnel déclaré comme médecin traitant peut être d'une autre spécialité.

Afin de clarifier les résultats nous avons pris le parti de regrouper les premiers interlocuteurs en trois catégories. Le médecin généraliste (médecin traitant et autre médecin généraliste), l'ensemble : gynécologue, médecin hospitalier et professionnel du CIVG (Gyn + MH + CIVG) puis les autres. Cette dernière catégorie n'a pas été prise en compte.

1.2. Points forts :

La question numéro deux, ne sélectionnant que les femmes en première demande d'IVG et la distribution du questionnaire en main propre par les secrétaires, nous ont permis de cibler notre population et de préserver l'anonymat des femmes . Ainsi nous avons obtenu un taux élevé de participation et plusieurs résultats significatifs.

Notre enquête est rétrospective mais ciblée sur un événement récent. La perte d'éléments d'information est donc plus faible.

De plus, le fait de distribuer le questionnaire avant la rencontre avec le médecin du CIVG nous permet de connaître les informations réellement transmises par le premier interlocuteur. Cela évite le biais aussi involontaire soit-il de la part de la patiente de vouloir répondre « juste » aux questions.

2. RÉSULTATS

2.1. L'étude :

Nous avons obtenu 79% de réponses. Ce taux est très correct pour un questionnaire concernant un sujet intime.

Pour une majorité de questions, le taux de non-réponse est marginal. Cependant, quelques informations restent moins bien renseignées. Notamment le calcul du délai entre le premier interlocuteur contacté et le premier rendez-vous au CIVG pour lequel le taux de non-réponse est de 8%.

Ceci est approximativement équivalent au taux retrouvé dans le document de travail de M. COLLET de 2007 pour lequel les patientes devaient également préciser ces dates. [12]

Le pourcentage de femmes en première demande d'IVG est similaire aux résultats du Centre Flora Tristan pour l'année 2013 avec un taux de 71%. [13]

Nous pouvons mettre également en parallèle les chiffres des Pays de la Loire de 2006 où 28% des femmes ayant avorté ont déjà eu plusieurs IVG au cours de leur vie. [14]

Les réponses de notre étude semblent donc proches des résultats habituellement retrouvés lors des études effectuées sur ce même sujet.

2.2. Caractéristiques de la population étudiée :

2.2.1. Différence avec les précédentes études :

- L'âge :

Une grande partie des femmes est majeure.

Le taux de mineures est légèrement plus élevé que dans les études habituelles sur l'IVG (7%). [10] [13]/[15]

Mais il faut garder en mémoire qu'en ne considérant que les femmes en première demande d'IVG, nous prenons le risque d'une sur-représentation des mineures. En effet, la proportion des femmes ayant déjà eu recours à une IVG augmente avec l'âge. [16]

- La situation conjugale :

Nous retrouvons une majorité de femmes en couple qui sont en demande d'IVG, à l'inverse des précédentes études.[2] [10]/[15]

Ceci peut correspondre à l'évolution de la « norme procréative » de notre époque telle que la décrit P. DONATI. La grossesse est devenue un choix, la femme attend le moment propice tant professionnel que familial ou conjugal pour réunir les conditions qu'elle estime « bonnes » pour accueillir l'enfant et l'éduquer au mieux. [17]

- La nationalité :

Le taux des femmes de nationalité étrangère est légèrement plus faible que celui des statistiques nationales de 2007 (4,52% versus 6,7%).[10] Comme l'affirment les statistiques de la DREES 2007, les femmes de nationalité étrangère ont plus d'IVG itératives. Etant donné que notre étude n'analyse que les premières IVG, le taux de nationalité étrangère peut être plus faible.[18]

De plus, il peut exister une barrière de la langue et donc une difficulté de compréhension du

questionnaire. Il était pourtant possible de le compléter avec l'aide d'une tierce personne. Un accompagnant, ou un membre du personnel pouvait les renseigner si nécessaire. Malgré tout, les 2/3 de la population ont répondu seuls au questionnaire.

2.2.2. Confirmation des précédentes études :

- Le niveau d'études :

Le taux de femmes ayant un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat est équivalent à celui de l'étude COCON de 2000 mais également à celui retrouvé par A. VILAIN en 2007.*[10]*
[14]

3. LE PREMIER CONTACT :

3.1. En contradiction avec les études :

3.1.1. Le médecin généraliste, l'interlocuteur principal des femmes :

La majorité des femmes a consulté en premier lieu un médecin généraliste. Avec un taux de 54,23%, notre travail se démarque des principales études sur ce sujet. En effet, l'enquête COCON montre une consultation du généraliste pour un taux deux fois moins important.[19]

Nous observons donc une évolution des choix du premier interlocuteur. Nous pouvons expliquer cette situation par la disparition progressive des gynécologues. La démographie est vieillissante : 41% des gynécologues des Pays de la Loire sont susceptibles de partir à la retraite dans les 5 ans à venir et 84% des bassins de vie de la région sont sans gynécologue en 2011.[20] De plus, il est fait état de départs à la retraite des médecins s'étant battu pour l'obtention du droit à l'avortement. Il est constaté aujourd'hui que cette dimension militante est moins partagée par les jeunes générations.[21] N. BAJOS explique ce fait : « *Toujours quelque peu stigmatisée socialement l'IVG est un acte peu gratifiant sur le plan professionnel. L'acte lui-même est considéré par les praticiens comme un geste médical relativement simple, qui ne présente pas d'enjeux scientifiques ou techniques particuliers. Cette désaffection se concrétise par des difficultés de recrutement des personnels médicaux et paramédicaux dans les centres d'IVG.* » [7]

D'autre part, le médecin généraliste devenant le principal coordonnateur de soins depuis le choix du médecin référent, il paraît logique qu'il devienne un interlocuteur privilégié de la femme. Il lui est donc nécessaire de savoir informer les patientes sur le parcours à effectuer.

Par ailleurs, aucune femme n'est allée consulter un autre gynécologue que son gynécologue habituel. Nous pouvons imaginer qu'il est délicat de nos jours d'obtenir des rendez-vous avec des spécialistes si l'on ne bénéficie pas d'un suivi régulier.

Aucune femme n'a contacté une infirmière scolaire. Malheureusement la période sur laquelle a été

réalisée l'étude a couvert en partie les congés scolaires. Nous pouvons malgré tout suggérer que les jeunes femmes considèrent qu'il s'agit là d'un sujet intime difficilement abordable en milieu scolaire. C'est pour cette raison que l'éducation à la sexualité en milieu scolaire est devenue une obligation légale depuis la loi Aubry du 4 juillet 2001, *«une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène »* (article L312-16 du code de l'éducation).[22] Mais le rapport IGAS de 2009 fait remarquer que cette loi n'est pas toujours appliquée.[23]

3.1.2. Le médecin généraliste, majoritairement consulté par des femmes de niveau égal ou supérieur au baccalauréat :

Ceci va à l'encontre des principales études sur ce sujet qui annonçaient que les femmes les moins diplômées s'adressaient plus souvent à un généraliste en premier recours que les autres femmes.[2]/[7] Il en était conclu que celles avec un faible niveau d'étude consultant le médecin généraliste en premier lieu n'arrivaient pas à pallier l'insuffisance de prise en charge du généraliste, lorsque celui-ci ne répondait pas pleinement à leur demande. [2]

3.1.3. Le médecin généraliste, l'interlocuteur le plus informatif :

Les médecins sont obligés par la loi, article L2212-3(*annexe 26*) du code de la Santé Publique, de fournir à leurs patientes l'information concernant l'IVG.

« Dès la première visite, il doit informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels. Il doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant ainsi la liste et les adresses des organismes et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse. »[20]

Les médecins généralistes informent significativement plus les patientes sur les méthodes de réalisation de l'IVG mais également sur le délai de réflexion.

Ces données contredisent l'étude de J. BEDEL CHAUVAUD de 2004 qui avait prouvé les lacunes de connaissances à ce sujet chez certains généralistes, notamment depuis l'instauration des

nouvelles réglementations de 2001. [9]

De plus, la conclusion de l'étude sur les conditions d'accès à l'IVG de 2005 insistait sur le fait que le généraliste apportait peu d'information à la femme, car il était ignorant à ce sujet. [2]

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les deux groupes de professionnels pour la clause de conscience ni pour le lieu de réalisation de l'IVG. Les taux d'informations délivrées sont élevés. Nous en déduisons que les femmes estiment être informées de façon correcte dans la majorité des cas.

Bien sûr, le professionnel du CIVG n'a pas eu besoin de préciser le lieu de réalisation ni d'évoquer la clause de conscience.

Les femmes semblent donc en grande majorité, être informées sur les éléments essentiels de base d'une première consultation IVG quel que soit le professionnel consulté, contrairement aux précédentes études. [15]/[24]

Avec le temps, en comparaison aux études de 2002 et 2004, le généraliste paraît mieux formé sur ce sujet. Il semble plus à même de donner des informations adaptées à la femme.

3.2. Confirmation des précédentes études :

3.2.1. Le médecin généraliste, majoritairement consulté par des femmes majeures :

Tout comme dans d'autres études, les femmes majeures consultent significativement plus un médecin généraliste. Il s'est établi une relation de confiance médecin-patient avec le temps entre la femme et le médecin généraliste.[2]/[7]

Les mineures consultent significativement plus un autre professionnel.

Mais notons malgré tout qu'aucune des mineures de l'étude n'a consulté un gynécologue libéral.

Entrant tout juste dans la vie sexuelle, les mineures n'ont pas de suivi gynécologique, et peuvent considérer qu'un suivi régulier n'est pas nécessaire. L'INPES a même créer un document pour inciter les jeunes filles à avoir un suivi.[25]

L'Observatoire Thalès en 1999 avait observé que l'âge moyen des femmes suivies par le généraliste pour motif gynécologique était de 44,1 ans.[26] Nous pouvons nous interroger sur la relation médecin généraliste-mineure. Le généraliste peut être le médecin de famille. La jeune femme peut craindre l'absence de secret médical et qu'ainsi ses proches soient informés. De plus, les mineures consultent rarement un médecin généraliste de façon régulière, présentant peu de problème de santé majeur. Certaines d'entre elles n'ont probablement pas de généraliste attitré.[2]

Par ailleurs, de nos jours, les jeunes femmes vivent à l'ère d'Internet. Les informations (vraies comme fausses) sont faciles à obtenir d'un simple « clic » de souris. Elles deviennent donc plus autonomes et finissent par avoir des accès facilités et bien indiqués sur internet.[27]

Il appartient au généraliste d'aborder la gynécologie avec les mineures au cours d'une consultation « habituelle », et de rappeler systématiquement le secret médical. Peut être devrions nous, comme le suggèrent N. BAJOS et M. FERRAND, envisager de créer des centres « sexualité et santé » qui prendraient en charge les demandes des femmes et des hommes dans le domaine de la sexualité et des risques qui s'y rattachent et de les dissocier des centres prenant en charge les questions liées à la parentalité. Car finalement, c'est bien l'enjeu d'une véritable dissociation entre sexualité et procréation qui est au cœur du sens social contemporain du recours à l'avortement.[28]

3.2.2. Le médecin généraliste, majoritairement consulté par des femmes éloignées du CIVG :

Tout comme dans d'autres études, nous confirmons que les lieux d'habitation les plus éloignés du centre favorisent la consultation en première intention d'un médecin généraliste.

En effet, le médecin généraliste reste le premier recours médical dans les milieux périurbains et ruraux. Il s'est développée une relation personnalisée et de proximité avec ce généraliste.[6]/[15]

3.2.3. Absence d'aide de l'entourage pour le choix du premier interlocuteur :

Il ressort que la moitié des femmes (50,26%), ne bénéficient d'aucune aide de l'entourage pour choisir leur premier interlocuteur. L'IVG reste toujours un sujet concernant l'intime. [18]
Le premier interlocuteur reste alors un pilier du parcours de soins des femmes.[2][7] La femme se confie à lui et attend de sa part une aide active.

4. LE PARCOURS APRÈS LE PREMIER CONTACT :

4.1. Différence avec les études : Le délai d'accès est plus long si le niveau d'étude est élevé:

Le délai d'accès des femmes de niveau supérieur ou égal au bac est plus long de 2,1 jours. Ceci va à l'inverse des précédentes études [2]/[7] qui annonçaient que les femmes diplômées avaient des parcours plus courts, compte tenu de leur capacité à se renseigner seules sur le parcours à effectuer.

Ce délai plus long peut être mis en lien avec le fait que ces femmes consultent préférentiellement le médecin généraliste.

4.2. Similitude avec les études :

4.2.1. Le délai d'accès au CIVG est plus long en passant par un médecin généraliste :

L'HAS recommande un délai maximum de cinq jours entre le premier contact et le premier rendez-vous. [24]

L'étude publiée par la DREES indiquait qu'en 2007, le quart des IVG a été pris en charge dans les six jours suivant la première demande, la moitié dans les huit jours et les trois-quarts dans les dix jours. Le délai était supérieur à quinze jours dans moins de 10% des cas. Plus d'un tiers des ARS estiment que les établissements ne respectent pas le délai de cinq jours.[24]

D'après les statistiques de 2007 de l'ARS Centre, le premier rendez-vous de consultation est obtenu le plus souvent dans les 7 jours suivant le premier contact.[5]

Sur l'échantillon, le délai moyen de 6,51 jours entre le premier interlocuteur contacté et le premier rendez-vous au centre IVG, se situe dans la norme de ces précédentes statistiques.

Mais selon l'interlocuteur, un écart de 2,21 jours se creuse lorsque les femmes consultent d'abord le médecin généraliste. Ceci est en adéquation avec les études COCON en 2000 et de la DREES en 2007.[18]/[19]

Il y a une perte de temps lorsque la patiente consulte un médecin généraliste.

La grossesse peut être interrompue de façon médicamenteuse jusqu'à 9 semaines d'aménorrhées (SA) et par aspiration jusqu'à 14 SA. La méthode par aspiration peut être réalisée sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale. Nous savons que les complications de l'IVG sont étroitement liées au terme auquel est pratiquée l'intervention.[26] En effet, plus elle est réalisée tôt moins il y a de risque de complication. Le délai de réflexion obligatoire de sept jours (réduit autant que nécessaire uniquement en cas d'urgence) retarde d'autant plus cette intervention.

4.2.2. Les parcours directs sont nombreux et ne sont pas fonction du premier interlocuteur :

Près des 2/3 de la population réalise un parcours sans intermédiaire avant le CIVG, ce qui n'est pas négligeable car, sans forcément faire perdre du temps, la multiplicité des intervenants peut donner le sentiment de « parcours de combattante » aux femmes. [2]/[10]

Par contre, à l'inverse de ces études, nous n'avons pas mis en évidence de différence de parcours selon le premier interlocuteur.

4.3. Des patientes insatisfaites :

Lorsque les parcours sont déclarés comme indirects, environ 2/3 des femmes disent n'avoir rencontré personne comme intermédiaire.

Ce résultat peut s'interpréter comme l'expression d'un mécontentement. Ces femmes n'ont pas été adressées au CIVG et se sont donc débrouillées seules. Peut être expriment-elles ainsi le manque de coopération de leur premier interlocuteur.

En effet, même si toutes les informations ont été données et que la patiente est adressée au CIVG, il se peut que ce premier interlocuteur ait pu avoir des propos moralisateurs ou culpabilisants faisant douter la femme. Le récent Volet 2 du rapport relatif à l'IVG du Haut Conseil

à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes estime qu'il s'agit d'un manque de formation des professionnels sur l'histoire de l'IVG et la loi, conduisant à des représentations empreintes d'une approche conservatrice de l'IVG.[24] Lors de la consultation, l'emploi de termes tels que « échecs » de contraception, IVG « de confort », sont entendus par la femme comme une absence de maîtrise de sa contraception et participent à la culpabilisation des femmes. Ces représentations tendent à rendre l'IVG comme un acte illégitime de la vie sexuelle et reproductive et peuvent constituer une entrave à l'IVG.

5.PROPOSITIONS :

Le médecin généraliste est peu consulté par les mineures. Afin d'être identifié comme interlocuteur par celles-ci, il se doit d'aborder des sujets, aussi délicats soient-ils, que la sexualité et la gynécologie. La distribution du fascicule de l'INPES sur l'examen gynécologique pourrait être un premier pas.[25] Il doit également rappeler la confidentialité de la consultation.

Le médecin généraliste est le professionnel le plus consulté. Il fournit les bonnes informations et adresse de façon directe au CIVG mais pour autant le délai d'accès au CIVG est plus long. Nous pouvons supposer que cette perte d'environ deux jours est liée à l'implication du professionnel dans l'accompagnement des démarches.[6] Il y a une multiplicité d'accompagnements possibles. Certains professionnels donnent l'adresse du CIVG, d'autres écrivent des courriers ou appellent directement le centre, d'autres encore ne font rien. Nous nous devons de standardiser ces démarches afin qu'il n'y ait plus de perte de temps.

Nous proposons la réalisation de plaquettes à adresser à tous les médecins généralistes avec les coordonnées du CIVG, les horaires et la localisation précise. De plus, un protocole standardisé pourrait être mis en place afin de mettre en contact des Médecins généralistes avec le Centre : sur les horaires d'ouverture, favoriser les appels téléphoniques du médecin au secrétariat pour prendre le rendez-vous directement ; en dehors de ces horaires, faire une « fiche type »(annexe 27) valant pour attestation de première consultation comprenant quelques renseignements à compléter par le médecin et donnant les coordonnées du Centre à la femme. Ceci permettrait de faciliter l'accès au Centre et ainsi de rassurer la femme.

CONCLUSION

Le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié de la femme en première demande d'IVG, mais il entraîne un délai d'accès au CIVG plus long. Il est de notre devoir de faire que ce parcours soit le plus bref possible afin que cette expérience parfois difficile à vivre devienne plus tolérable. Nous nous devons également de libérer la parole sur la sexualité et l'avortement au cours de consultations dites « habituelles ».

Au cœur de l'actualité encore de nos jours, à la suite de la parution le 7 novembre 2013 d'un rapport résumant des études effectuées il y a maintenant dix ans [24] et afin d'éviter toute régression sur l'IVG à l'image de l'Espagne, l'Etat a modifié la loi en faisant disparaître la notion de « situation de détresse de la femme ».

Pour autant, comme le rappelle le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) par un communiqué de presse le 20 janvier 2014, « *le combat principal pour l'IVG n'est pas dans la sémantique* » mais avant tout de faciliter l'accès aux soins des femmes, et ce en aidant « *le secteur libéral à proposer une offre organisée* ». (annexe 28)

Malgré tout, compte tenu des mouvements de foule provoqués par ces changements, nous nous apercevons que la parole ne s'est pas encore libérée à ce sujet et que le droit des femmes à disposer librement de leur corps est loin d'être acquis. Malheureusement des combats comme ceux-là ne semblent jamais gagnés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Nisand I, *L'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes*. Paris ; février 1999.

[2] Moreau C, Bajos N, Bouyer J et le groupe COCON ; *Les condition d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France*. *Rev Med Ass Malaldie* 2005 ; 36(1) : 77-87.

[3] *Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*. République Française. *J.O n°156 du 7 juillet 2001 p. 10823*.

[4] Vilain A. *Données IVG en 2008 et 2009 ; Etudes et résultats, DREES n°765, juin 2011*.

[5] *Parcours de santé 2012 et IVG en 2007, ARS Centre, Janvier 2011*.

[6] Bajos N, Ferrand M, Bachelot A, Vatin F, Hassoun D. *Accès au système de soins et expérience vécue de l'IVG*. Dans : Bajos N, Ferrand M et l'équipe GINE. *De la contraception à l'avortement : Sociologie des grossesses non prévues*. Paris : Inserm ; 2002 p 163-204.

[7] Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. *Filières d'accès à l'IVG en France : approches qualitatives et quantitatives*. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2003 ; 51(6) : 631-647.

[8] Rossier C, *Evolution du recours à l'IVG entre 1990 et 2005*. *Population F64-3*, 2009 ; 495-530.

[9] Bedel-Chauvaud J. *Connaissances et pratiques du médecin généraliste face à une demande d'interruption volontaire de grossesse*. Thèse : Med : Paris 7 Bichat. 2004 ; 23.

[10] Vilain A., *Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge*. Dans Vilain A., *l'interruption volontaire de grossesse, revue française des affaires sociales, drees*. n°1, janvier-mars 2011. La documentation française : p 117-47.

[11] *Guide méthodologique Echantillonnage module 1, Enquête de terrain*. Lien internet : www.parkdatabase.org/file/documents.000_Echantillonnage_ACF.org

[12] M. Collet, JB. Herbet, A. Vilain. *Méthodologie de l'enquête sur les femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse en 2007, document de travail, DREES n°30- juin 2012*.

[13] *Rapport d'activité du centre Flora Tristan 2013, Fédération de Gynécologie, Pôle Femme, Mère, Enfant, CHU Angers*.

[14] *IVG en Pays de la Loire , Echo des stat, Pays de la Loire; n° 42, Juillet 2007*.

[15] Grandrupt A. *Place du médecin généraliste dans l'accès à l'interruption volontaire de grossesse : états des lieux, perception et vécu des femmes de 18 à 40 ans ; These : Med 2007, UHP*.

[16] *Recours à l'IVG et grossesses non prévues, Fiche 2.2, planification familiale d'Ile de France*. Lien internet : http://www.ors-idf.org/dmdocuments/MereEnfant/10_Fiche2-2_Web.pdf

[17] Donati P, Cèbe D, Bajos N. *Interrompre ou poursuivre la grossesse? Dans : Bajos N, Ferrand M et l'équipe GINE. De la contraception à l'avortement : Sociologie des grossesses non prévues. Paris : Inserm; 2002 : 115-163*.

[18] *Les IVG dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Caractéristiques et parcours des femmes ayant recours à l'IVG - Exploitation régionale de l'enquête DREES 2007 ; N°11, décembre 2010, ARS PACA*. Lien internet : http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Doc/Infostats_AR_S_IVG_dec_2010.pdf

[19] Lelong N, Moreau C, Kaminski M et l'équipe Cocon. *Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. Travail original, J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005;34 (cahier 1) : 53-61

[20] Romestaing P., Le Breton-Lerouvillois G., *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Pays de la Loire, Situation au 1er juin 2011. Atlas régionaux du conseil national de l'Ordre des médecins, 2011. Lien internet :*

www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_Pays_de_la_Loire_2011.pdf

[21] Poletti B., n° 1206 *Rapport d'information au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, l'applications de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, Assemblée Nationale, 2008.*

[22] Moisy M., *Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante. Dans Vilain A., l'interruption volontaire de grossesse, revue française des affaires sociales, drees. n°1, janvier-mars 2011. La documentation française : p163-198.*

[23] Aubin C., Jourdain Menninger D., *Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruption volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001, Rapport de Synthèse de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Octobre 2009.*

[24] Bousquet D. Laurant F., *Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, Rapport n°2013-1104-SAN-009, 7 Novembre 2013.*

[25] Association SPARADRAP et Association Adosen prévention santé MGEN, *La première consultation gynécologique, INPES, Mai 2012. Lien internet :*
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1400.pdf>

[26] Cohen J., Madelenat P., Levy-Toledano R., *La prise en charge gynécologique, Gynécologie et santé des femmes, l'offre de soins- prise en charge des femmes ; sur le site du CNGOF, 30 mai 2000)*

[27] Laurant F., *Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes ; Rapport relatif à l'accès à l'IVG : Volet 1 : information sur l'avortement sur internet. Rapport n° 2013-0912-HCE-008, Septembre 2013.*

Lien internet : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce-rapport_ivg_et_internet_20130912_version_adoptee.pdf

[28] Bajos N. et Ferrand M., *De l'interdiction au contrôle: les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement. Dans Bajos N., l'interruption volontaire de grossesse, revue française des affaires sociales, DREES. n°1, janvier-mars 2011, la documentation française. : p 43-60.*

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
MÉTHODOLOGIE	14
1. Etude	15
2. Méthode	15
2.1. Le questionnaire	15
2.2. Le contenu du questionnaire	15
2.3. Recueil des données.....	17
3. Population	18
3.1. Critères d'inclusion	18
3.2. Critères de non inclusion	18
3.3. Taille de l'échantillon.....	18
4. Méthodes statistiques.....	19
5. Comité d'éthique	19
RÉSULTATS	20
1. Les caractéristiques de la population étudiée	21
1.1. L'âge	21
1.2. La situation conjugale	21
1.3. La nationalité	21
1.4. Le niveau d'étude	21
1.5. La distance domicile-CIVG	22
1.6. Les réponses	22
2. Le premier contact	23
2.1. Le premier interlocuteur des femmes en première demande d'IVG	23
2.2. Le premier interlocuteur selon les caractéristiques des femmes	24
2.2.1. Résultats significatifs	24
A. Le médecin généraliste	24
B. Les autres professionnels	28
2.2.2. Résultats non significatifs	28
2.3. La personne aidant au choix du premier interlocuteur	29
2.3.1. L'échantillon	29
2.3.2. Selon le premier interlocuteur	29
2.4. Le contenu de l'information transmise par le premier interlocuteur	30
2.4.1. Résultats significatifs	30
2.4.2. Résultats non significatifs	30
3. Le parcours après le premier contact	31
3.1. Le délai	31
3.1.1. Délai entre le premier interlocuteur et le CIVG	31
3.1.2. Délai selon les caractéristiques des femmes	32
A. Résultats significatifs	32
B. Résultats non significatifs	32
3.2. L'orientation du premier interlocuteur vers le CIVG : Parcours direct	33
3.2.1. L'échantillon	33
3.2.2. Parcours direct selon le premier interlocuteur	33
3.3. L'intermédiaire lorsque le parcours n'est pas direct	34
3.3.1. L'échantillon	34
3.3.2. L'intermédiaire selon le premier interlocuteur	35

DISCUSSION	36
1. Méthode	37
1.1. Points faibles	37
1.2. Points forts	37
2. Résultats	39
2.1. L'étude	39
2.2. Caractéristiques de la population étudiée	40
2.2.1. Différence avec les précédentes études	40
2.2.2. Confirmation des précédentes études	41
3. Le premier contact	42
3.1. En contradiction avec les études	42
3.1.1. Le médecin généraliste : l'interlocuteur principal des femmes	42
3.1.2. Le médecin généraliste majoritairement consulté par les femmes de niveau supérieur ou égal au baccalauréat.....	43
3.1.3. Le médecin généraliste, l'interlocuteur le plus informatif	43
3.2. Confirmation des précédentes études	44
3.2.1. Le médecin généraliste majoritairement consulté par les femmes majeures	44
3.2.2. Le nédecin généraliste, majoritairement consulté par les femmes éloignées du CIVG	45
3.2.3. Absence d'aide de l'entourage pour le choix du premier interlocuteur	46
4. Le parcours après le premier contact	47
4.1. Différence avec les études : le délai d'accès est plus long si le niveau d'études est élevé	47
4.2. Similitude avec les études	47
4.2.1. Le délai d'accès est plus long en passant par un médecin généraliste.....	47
4.2.2. Les parcours directs sont nombreux et ne sont pas fonction du premier interlocuteur	48
4.3. Des patientes insatisfaites	48
5. Propositions	50
CONCLUSION	51
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53
TABLE DES MATIÈRES	57
ANNEXES	59

ANNEXES

ANNEXE 1 :

QUESTIONNAIRE

Angers, le 22 Mai 2013.

Madame, Mademoiselle,

Dans le cadre de mes études de médecine générale, je prépare une thèse sur le parcours de soins des femmes souhaitant une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), avant leur accès au centre (notamment le délai et le parcours entre le premier professionnel de santé contacté et la première consultation au centre IVG.)

Pour mener à bien ce travail qui doit valider la fin de mes études, j'ai besoin de votre avis au travers du questionnaire ci-joint.

Ce questionnaire est totalement anonyme et vous êtes libre d'y répondre ou non.

Son temps de remplissage est estimé à 4 minutes.

Je vous remercie par avance de votre coopération, et me tiens à votre disposition avec l'ensemble de l'équipe du Centre Flora Tristan pour tout renseignement complémentaire.

Aurélie LAVEAU

PATIENTES : QUESTIONNAIRE A COMPLETER
--

I. INFORMATIONS GENERALES :

1. Date de votre premier Rendez-vous au Centre d'orthogénie Flora Tristan d'Angers:

__ / __ / __

2. S'agit-il de votre première interruption volontaire de grossesse (IVG) ?

☐ OUI

☐ NON

↳ si non, merci de ne pas poursuivre ce questionnaire.

3. Avez-vous moins de 18 ans?

☐ oui

☐ non

4. Quelle est votre situation familiale ?

☐ je vis seule

☐ je suis en couple

5. Etes-vous de nationalité française ?

☐ oui

☐ non

6. Quel est votre niveau d'études ?

☐ brevet des collèges

☐ BEP, CAP

☐ Baccalauréat

☐ bac +2

☐ bac > +2

☐ pas d'études

7. A combien de kilomètres habitez-vous du centre d'IVG ?

- ☐ moins de 20 km
- ☐ plus de 20 km

II . PARCOURS DE SOINS JUSQU'À LA CONSULTATION D'AUJOURD'HUI :

8. Quel professionnel de santé avez-vous contacté en premier pour votre IVG (y compris par téléphone)

- ☐ mon médecin traitant
- ☐ un autre médecin généraliste
- ☐ mon gynécologue
- ☐ un autre gynécologue
- ☐ un médecin de l'hôpital
- ☐ un professionnel du centre de planification familiale
- ☐ une infirmière scolaire
- ☐ autre (pharmacien, ...)

9. Qui vous a aidé dans votre orientation vers ce professionnel ?

- ☐ Votre partenaire
- ☐ des membres de votre famille
- ☐ des amis, relations de travail
- ☐ un professionnel de santé
- ☐ une autre personne
- ☐ personne ne vous a aidé

10. Quand a eu lieu ce premier contact pour votre IVG (y compris par téléphone) ?

Date : __ / __ / __

11. Le professionnel que vous avez contacté en premier :

- ☐ a réalisé votre IVG
- ☐ vous a orientée vers le centre IVG
- ☐ vous a orientée vers un autre professionnel
- ☐ ne vous a pas conseillée.

12. Est-ce votre premier contact qui vous a adressée au Centre IVG Flora Tristan aujourd'hui ?

☐ oui

☐ non

↳ **si non, était-ce :**

☐ votre médecin généraliste habituel

☐ un autre médecin généraliste

☐ votre gynécologue habituel

☐ un autre gynécologue

☐ un professionnel du centre de planification familiale

☐ l'infirmière scolaire

☐ un autre professionnel (pharmacien, ...)

☐ la permanence téléphonique régionale d'information

☐ personne

13. Pensez-vous que ce premier interlocuteur vous a bien renseignée concernant:

a) la clause de conscience du professionnel de santé :

☐ oui

☐ non

b) le lieu où se pratique l'IVG :

☐ oui

☐ non

c) les différentes méthodes possibles d'IVG :

☐ oui

☐ non

d) le délai de réflexion avant l'IVG :

☐ oui

☐ non

14. Avez-vous rempli ce questionnaire :

☐ seule

☐ avec l'aide de quelqu'un .

Merci de votre participation.

ANNEXE 2 :

ACCORD DU COMITE D'ETHIQUE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
D'ANGERS.

FACULTE DE MEDECINE
ANGERS

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
ANGERS

COMITE D'ETHIQUE

* * * * *

Le Président
Docteur Jean-Paul JACOB

Madame Aurelie LAVEAU
Centra Flora Tristan
CHU Angers

Angers, le Vendredi 21/06/2013

Madame,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du **6 juin 2013** votre projet enregistré au comité sous le numéro **2013-45** **Parcours de soins des femmes souhaitant une Interruption volontaire de grossesse avant leur accès au centre d'IVG** (Thèse de médecine)

L'objectif de l'étude est de rechercher par un questionnaire, la réponse à la question : quel est le délai entre le premier contact avec un professionnel de santé et leur première consultation au centre IVG Flora Tristan du CHU d'Angers ?. Le but est d'identifier les obstacles qui allongent le délai de prise en charge et de comparer les délais en fonction du 1^{er} professionnel impliqué, médecin généraliste ou gynécologue.

Il n'y a pas d'obstacle éthique à la réalisation de cette étude.

AVIS FAVORABLE



Docteur Jean-Paul JACOB

Anesthésie-réanimation chirurgicale A
CHU Angers – 49933 Angers Cedex 9
Email : jpjacob@chu-angers.fr

	MT	MG	MT+MG	Gyn	MH	CIVG	Gyn+MH+CIVG	Autres	total
Population	75 42,37%	21 11,86%	96 54,24%	14 7,91%	7 3,95%	52 29,38%	73 41,24%	8 4,52%	177 100,00%

ANNEXE 3 : PREMIER PROFESSIONNEL CONTACTÉ.

MT	MG	Gyn	MH	CIVG	Autres	Total								
5	6,67%	0	0,00%	0	57,14%	7	13,46%	0	0,00%	16	9,04%			
70	93,33%	21	100,00%	14	100,00%	3	42,86%	45	86,54%	8	100,00%	161	90,96%	
iale														
35	46,67%	9	42,86%	1	7,14%	1	14,29%	20	38,46%	2	25,00%	68	38,42%	
40	53,33%	12	57,14%	13	92,86%	6	85,71%	32	61,54%	6	75,00%	109	61,58%	
4	5,33%	0	0,00%	2	14,29%	0	0,00%	2	3,85%	0	0,00%	8	4,52%	
71	94,67%	21	100,00%	12	85,71%	7	100,00%	50	96,15%	8	100,00%	169	95,48%	
s														
1	1,35%	1	4,76%	1	7,14%	0	0,00%	1	1,92%	0	0,00%	4	2,27%	
9	12,16%	1	4,76%	0	0,00%	2	28,57%	5	9,62%	0	0,00%	17	9,66%	
19	25,68%	2	9,52%	5	35,71%	3	42,86%	21	40,38%	3	37,50%	53	30,11%	
16	21,62%	7	33,33%	1	7,14%	2	28,57%	3	5,77%	4	50,00%	33	18,75%	
13	17,57%	2	9,52%	4	28,57%	0	0,00%	14	26,92%	0	0,00%	33	18,75%	
16	21,62%	8	38,10%	3	21,43%	0	0,00%	8	15,38%	1	12,50%	36	20,46%	
VG														
32	42,67%	8	38,10%	7	50,00%	3	42,86%	34	65,38%	3	37,50%	87	49,15%	
43	57,33%	13	61,90%	7	50,00%	4	57,14%	18	34,62%	5	62,50%	90	50,85%	
75		21		14		7		52		8		177		
												<Bac	74	42,05%
												> Bac	102	57,95%

ANNEXE 4 : RÉPARTITION DU PREMIER PROFESSIONNEL CONTACTÉ SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES.

ANNEXE 5 :

PREMIER PROFESSIONNEL CONTACTÉ FONCTION DE L'ÂGE.

Age		<18 ans	≥18 ans	Total
MG	Fréquence	5	91	96
	%	2,96%	53,85%	56,80%
	% en ligne	5,21%	94,79%	
	% en colonne	31,25%	59,48%	
Gyn+MH+CIVG	Fréquence	11	62	73
	%	6,51%	36,69%	42,60%
	% en ligne	15,07%	84,93%	
	% en colonne	68,75%	40,52%	
Total	Fréquence	16	153	169
	%	9,47%	90,53%	

$\chi^2=4,70$, $p=0,030$.

ANNEXE 6 :

PREMIER PROFESSIONNEL CONTACTÉ FONCTION DE LA SITUATION CONJUGALE :

Situation conjugale		célibataire	couple	Total
MG	Fréquence	45	51	96
	%	26,04%	30,18%	56,80%
	% en ligne	46,88%	53,13%	
	% en colonne	68,18%	49,51%	
Gyn+MH+CIVG				
	Fréquence	21	52	73
	%	12,43%	30,77%	42,60%
	% en ligne	28,77%	71,23%	
	% en colonne	31,82%	50,49%	
Total	Fréquence	66	103	169
	%	39,05%	60,95%	

$\chi^2=5,712$, $p=0,016$.

ANNEXE 7 :

PREMIER PROFESSIONNEL CONTACTÉ FONCTION DU NIVEAU D'ÉTUDES APRÈS REGROUPEMENT :

Niveau d'études		<bac	≥bac	Total
MG	Fréquence	33	62	95
	%	19,64%	36,90%	56,55%
	% en ligne	34,74%	65,26%	
	% en colonne	46,48%	63,92%	
Gyn+MH+CIVG	Fréquence	38	35	73
	%	22,62%	20,83%	42,86%
	% en ligne	53,52%	47,95%	
	% en colonne	53,52%	36,08%	
Total	Fréquence	71	97	168
	%	42,26%	57,74%	

$\chi^2=5,073$, $p=0,024$.

ANNEXE 8 :

PREMIER PROFESSIONNEL CONTACTÉ FONCTION DE LA DISTANCE DOMICILE-CIVG :

distance au CIVG		<20 km	≥20 km	Total
MG	Fréquence	40	56	96
	%	23,67%	33,14%	56,80%
	% en ligne	41,67%	58,33%	
	% en colonne	47,62%	65,88%	
Gyn+MH+CIVG				
	Fréquence	44	29	73
	%	26,04%	17,16%	42,60%
	% en ligne	60,27%	39,73%	
	% en colonne	52,38%	34,12%	
Total	Fréquence	84	85	169
	%	49,70%	50,30%	

$\chi^2=5,743$, $p=0,016$.

ANNEXE 9 :

PREMIER PROFESSIONNEL CONTACTÉ FONCTION DE LA NATIONALITÉ :

	nationalité	étrangère	française	Total
MG	Fréquence	4	92	96
	%	2,37%	54,44%	56,80%
	% en ligne	4,17%	95,83%	
	% en colonne	50,00%	57,14%	
Gyn+MH+CIVG	Fréquence	4	69	73
	%	2,37%	40,83%	42,60%
	% en ligne	5,48%	94,52%	
	% en colonne	50,00%	42,86%	
Total	Fréquence	8	161	169
	%	4,73%	95,27%	

p=0,727.

aide	MT		MG		Gyn		MH		CIVG		Autres		total
partenaire	4	6,06%	5	26,32%	2	14,29%	1	16,67%	10	20,41%	1	14,29%	23
famille	8	12,12%	3	15,79%	0	0,00%	0	0,00%	8	16,33%	1	14,29%	20
Amis/colleagues	2	3,03%	1	5,26%	0	0,00%	1	16,67%	4	8,16%	0	0,00%	8
autre professionnel	10	15,15%	0	0,00%	1	7,14%	1	16,67%	1	2,04%	1	14,29%	14
autre	0	0,00%	0	0,00%	1	7,14%	0	0,00%	1	2,04%	0	0,00%	2
personne	42	63,64%	10	52,63%	10	71,43%	3	50,00%	25	51,02%	4	57,14%	94
total	66	100,00%	19	100,00%	14	100,00%	6	100,00%	49	100,00%	7	100,00%	161

ANNEXE 10: AIDE AU CHOIX DU PREMIER INTERLOCUTEUR.

AIDE après regroupement	Patenaire	Famille	Amis/collègues	autre professionnel	autre	personne	TOTAL
MG							
Fréquence	9	11	3	10	0	52	85
%	5,59%	6,83%	1,86%	6,21%	0,00%	32,30%	52,80%
% en ligne	10,59%	12,94%	3,53%	11,76%	0,00%	61,18%	
% en colonne	39,13%	55,00%	37,50%	71,43%	0,00%	55,32%	
Gyn + MH + CIVG							
Fréquence	13	8	5	3	2	38	69
%	8,07%	4,97%	3,11%	1,86%	1,24%	23,60%	42,86%
% en ligne	18,84%	11,59%	7,25%	4,35%	2,90%	55,07%	
% en colonne	56,52%	40,00%	62,50%	21,43%	100,00%	40,43%	
Autres							
Fréquence	1	1	0	1	0	4	7
%	0,62%	0,62%	0,00%	0,62%	0,00%	2,48%	4,35%
% en ligne	14,29%	14,29%	0,00%	14,29%	0,00%	57,14%	
% en colonne	4,35%	5,00%	0,00%	7,14%	0,00%	4,26%	
TOTAL							
Fréquence	23	20	8	14	2	94	161
%	14,29%	12,42%	4,97%	8,70%	1,24%	58,39%	

ANNEXE 11 : AIDE AU CHOIX DU PREMIER INTERLOCUTEUR APRÈS REGROUPEMENT

ANNEXE 12 :

METHODE DE REALISATION DE L'IVG :

Méthode de réalisation de l'IVG		OUI	NON	Total
MG	Fréquence	64	32	96
	%	38,10%	19,05%	57,14%
	% en ligne	66,67%	33,33%	
	% en colonne	52,46%	69,57%	
Gyn+MH+CIVG	Fréquence	58	14	72
	%	34,52%	8,33%	42,86%
	% en ligne	80,56%	19,44%	
	% en colonne	47,54%	30,43%	
Total	Fréquence	122	46	168
	%	72,62%	27,38%	

$\chi^2 = 3,99$ et $p = 0,04$.

ANNEXE 13 :

LE DELAI DE REFLEXION :

délai de réflexion	OUI	NON	Total
MG			
Fréquence	76	20	96
%	45,24%	11,90%	57,14%
% en ligne	79,17%	20,83%	
% en colonne	53,52%	76,92%	
Gyn+MH+CIVG			
Fréquence	66	6	72
%	39,29%	3,57%	42,86%
% en ligne	91,67%	8,33%	
% en colonne	46,48%	23,08%	
Total			
Fréquence	142	26	168
%	84,52%	15,48%	

$\chi^2=4,91$ et $p= 0,026$.

ANNEXE 14 :

LA CLAUSE DE CONSCIENCE

Clause de conscience		OUI	NON	Total
MG	Fréquence	70	26	96
	%	41,67%	15,47%	57,14%
	% en ligne	72,92%	27,08%	
	% en colonne	56,91%	57,78%	
Gyn+MH+CIVG	Fréquence	53	19	72
	%	31,55%	11,31%	42,86%
	% en ligne	73,61%	26,39%	
	% en colonne	43,09%	42,22%	
Total	Fréquence	123	45	168
	%	73,21%	26,79%	

p = 0,9.

ANNEXE 15 :

LIEU DE REALISATION DE L'IVG.

lieu de réalisation de l'IVG	OUI	NON	Total
MG			
Fréquence	81	15	96
%	48,21%	8,93%	57,14%
% en ligne	84,38%	15,63%	
% en colonne	56,25%	62,50%	
Gyn+MH+CIVG			
Fréquence	63	9	72
%	37,50%	5,36%	42,86%
% en ligne	87,50%	12,50%	
% en colonne	56,25%	37,50%	
Total			
Fréquence	144	24	168
%	85,71%	14,29%	

p= 0,143.

ANNEXE 16 :

Test t student comparaison du délai moyen entre le premier interlocuteur et le premier rendez-vous au CIVG entre le MG et l'ensemble : professionnel du CIVG, Médecin hospitalier et Gynécologue libéral.

premier interlocuteur	Fréquence	moyenne (jours)	Ecart-type
MG	96	6,57	5,36
Gyn + MH + CIVG	73	4,36	3,68

p= 0,0017.

ANNEXE 17 :

DÉLAI SELON LE NIVEAU D'ÉTUDES :

Test t de Student :

niveau d'études/délai	Fréquence	moyenne (jours)	Ecart-type
< bac	74	4,8	4,38
≥ bac	102	6,9	4,99

$p=0,005$.

ANNEXE 18 :
DÉLAI SELON L'ÂGE

Test t de Student

âge/délai	Fréquence	moyenne (jours)	Ecart-type
< 18 ans	16	4,87	5,15
≥ 18 ans	161	6,1	4,81

$p=0,37$.

ANNEXE 19 :

DÉLAI FONCTION DE LA SITUATION CONJUGALE :

Test de Student :

situation conjugale/délai	Fréquence	moyenne (jours)	Ecart-type
célibataire	68	6,15	5,99
couple	109	5,83	4,03

$p=0,70$.

ANNEXE 20 :

DÉLAI SELON LA NATIONALITÉ :

Test de Student :

Nationalité/délai	Fréquence	moyenne (jours)	Ecart-type
étrangère	8	5,62	3,38
française	169	6,01	4,9

$p=0,76$.

ANNEXE 21 :

DÉLAI SELON LA DISTANCE DOMICILE-CIVG :

Test t de Student :

distance/délai	Fréquence	moyenne (jours)	Ecart-type
< 20 km	87	6,01	4,63
≥ 20 km	90	5,97	5,06

p=0,96.

ANNEXE 22 :

TYPE DE PARCOURS SELON PREMIER INTERLOCUTEUR :

	parcours direct		parcours indirect	
MT	56	43,75%	18	38,30%
autre MG	15	11,72%	7	14,89%
Gyn	13	10,16%	1	2,13%
MH	5	3,91%	2	4,26%
Professionnel CIVG	33	25,78%	19	40,43%
autre Gynécologue	0	0	0	0
infirmière scolaire	0	0	0	0
autres	6	4,69%	0	0,00%
total	128	100,00%	47	100,00%

ANNEXE 23 :

TYPE DE PARCOURS SELON LE PREMIER INTERLOCUTEUR, APRÈS REGROUPEMENT :

	Parcours	direct	indirect	Total
MG	Fréquence	71	25	96
	%	40,57%	14,29%	54,86%
	% en ligne	73,96%	26,04%	
	% en colonne	55,47%	53,19%	
Gyn+MH+CIVG	Fréquence	51	22	73
	%	29,14%	12,57%	41,71%
	% en ligne	69,86%	30,14%	
	% en colonne	39,84%	46,81%	
Autres	Fréquence	6	0	6
	%	3,43%	0,00%	3,43%
	% en ligne	100,00%	0,00%	
	% en colonne	4,69%	0,00%	
Total	Fréquence	128	47	175
	%	73,14%	26,86%	

$\chi^2=0,346$, $p=0,556$.

ANNEXE 24 :

INTERMÉDIAIRE LORS DU PARCOURS INDIRECT :

parcours indirect, quel intermédiaire :	Fréquence	%
médecin traitant :	2	4,26%
médecin généraliste	2	4,26%
gynécologue habituel	1	2,13%
autre gynécologue	3	6,38%
professionnel CIVG	1	2,13%
autre professionnel	2	4,26%
permanence téléphonique	4	8,51%
personne	32	68,09%

ANNEXE 25 :
INTERMÉDIAIRE LORS DU PARCOURS INDIRECT SELON LE PREMIER
INTERLOCUTEUR :

Test exact de Fisher :

	MT	aMG	Gyn	aGyn	CIVG	autre	perma	personne	total
MG (=MT+aMG)	2	1	1	3	1	2	2	13	25
Gyn + MH + CIVG	0	1	0	0	0	0	2	19	22
TOTAL	2	2	1	3	1	2	4	32	47

$p = 0,14$.

MT : médecin traitant
aMG : autre médecin généraliste
Gyn : gynécologue libéral
aGyn : autre gynécologue
CIVG : professionnel du CIVG
perma : permanence téléphonique

MG : médecin généraliste = médecin traitant et autre médecin généraliste
Gyn + MH + CIVG : gynécologue, médecin hospitalier et professionnel du CIVG.

ANNEXE 26 :

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE CONCERNANT LES IVG

**Chemin :**

Code de la santé publique

- ▶ Partie législative
- ▶ Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant
- ▶ Livre II : Interruption volontaire de grossesse
- ▶ Titre Ier : Dispositions générales

Chapitre II : Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse.**Article L2212-1**

Modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 1 JORF 7 juillet 2001

La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

NOTA: Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V, art. 19 I : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte, ainsi que dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

Article L2212-2

Modifié par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 71

L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé, public ou privé, ou dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien ou un centre de planification ou d'éducation familiale ou un centre de santé et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L2212-3

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 7

Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.

Il doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment le rappel des dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-2, la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.

Les agences régionales de santé assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins.

NOTA: Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-4

Modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 1 JORF 7 juillet 2001

Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche.

Les personnels des organismes mentionnés au premier alinéa sont soumis aux dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

NOTA: Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-5

Modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 1 JORF 7 juillet 2001

Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 2212-3 et L. 2212-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme, sauf dans le cas où le terme des douze semaines risquerait d'être dépassé. Cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 2212-4, ce délai pouvant être inclus dans celui d'une semaine prévu ci-dessus.

NOTA: Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-6

Modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 1 JORF 7 juillet 2001

En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 2212-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 2212-3 et L. 2212-5.

Le directeur de l'établissement de santé dans lequel une femme demande son admission en vue d'une interruption volontaire de la grossesse doit se faire remettre et conserver pendant au moins un an les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 2212-3 à L. 2212-5.

NOTA: Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-7

Modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 7

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.

NOTA: Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V, art. 19 I : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte, ainsi que dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

Article L2212-8

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 1

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.

Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.

Toutefois ce refus ne peut être opposé par un établissement mentionné au 2° de l'article L. 6161-5 ou par un établissement ayant conclu un contrat de concession en application de l'article L. 6161-9 dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

Les catégories d'établissements publics qui sont tenus de disposer des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de la grossesse sont fixées par décret.

Article L2212-9

Modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 1 JORF 7 juillet 2001

Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

NOTA: Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-10

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 7

Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

NOTA: Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-11

Modifié par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 1 JORF 7 juillet 2001

Les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

NOTA: Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

ANNEXE 27 :

PROPOSITION DE FICHE DE COMMUNICATION MÉDECIN GÉNÉRALISTE – CIVG.

DEMANDE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

A remplir par le médecin généraliste et à remettre à la patiente.

Date de la consultation : __ / __ / __

Nom de la patiente : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / __

Date des dernières règles : __ / __ / __

Selon le code de la Santé Publique, articles L2212 -1 , 2 et 3 :

- ☐ Je lui ai remis le dossier guide
- ☐ Je lui ai indiqué les différentes méthodes et les risques potentiels
- ☐ Je l'ai informée du délai légal de réflexion de 7 jours.

☐ Je soussigné(e), certifie que la patiente a bénéficié d'une consultation ce jour et a fait part d'une demande d'interruption de grossesse. Ce document vaut pour attestation de première consultation.

Signature :

Cachet :

Centre FLORA TRISTAN
CHU ANGERS
4, Rue Larrey
49933 ANGERS Cedex 9
tel : 02 41 35 38 43 / 02 41 35 48 16

HORAIRES D'OUVERTURE :

Lundi, Mardi Jeudi : 8H30- 17h30
Mercredi : 8H30-18H00
Vendredi : 8H30-16H30.



ANNEXE 28 : COMMUNIQUE DE PRESSE DU 20 JANVIER 2014 DU COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS.



Paris, le 20 janvier 2014

COMMUNIQUE DE PRESSE

IVG : il faut améliorer l'accès aux soins

A l'occasion du débat parlementaire sur le projet de loi "Egalité Hommes-Femmes" et de l'article qu'il comporte sur l'IVG, le CNGOF rappelle que le combat principal pour l'IVG aujourd'hui dans notre pays n'est pas dans la sémantique. Si les mots ont de l'importance ("droit à " plutôt que "détresse") ils doivent s'accompagner de mesures concrètes concernant l'accès aux soins.

Ce dernier dépend très directement des moyens qui sont donnés aux centres d'orthogénie et notamment des postes médicaux dont beaucoup de centres sont dépourvus.

Sortir les centres d'IVG de leur isolement, les intégrer au fonctionnement des services hospitaliers de Gynécologie-Obstétrique, en leur donnant les moyens pour les faire fonctionner, aider le secteur libéral à proposer une offre organisée, valoriser l'IVG médicamenteuse, voilà les actions qu'il serait important de mettre en œuvre.

Le CNGOF se tiendra à l'écart du débat proposé aux parlementaires, en insistant sur le fait que l'essentiel est dans les moyens qui sont donnés aux centres d'orthogénie pour exercer leur mission de santé publique.

Contact presse et communication :

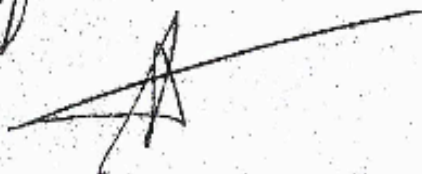
Marie-Hélène Coste
costemh@gmail.com
0144611346
0620894903

PERMIS D'IMPRIMER

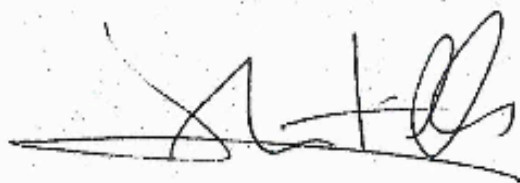
THÈSE DE Mademoiselle LAVEAU AURELIE

Vu, le Directeur de thèse

D^r V. Bellocil



Vu, le Président du jury de thèse



**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LAVEAU AURÉLIE

PARCOURS DE SOINS DES FEMMES SOUHAITANT UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE, AVANT LEUR ACCÈS AU CENTRE.

Résumé

La filière d'accès à l'interruption volontaire de grossesse semble très variable selon les femmes. Le parcours de soin des femmes entre le premier interlocuteur contacté et le centre d'interruption volontaire de grossesse semble être déterminé par ce premier interlocuteur. Afin d'évaluer le délai d'accès au centre d'orthogénie, un questionnaire a été distribué à trois cents femmes en demande d'une interruption volontaire de grossesse au Centre Flora Tristan du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers. Cette enquête montre que le délai moyen est de 6,51 jours. Le recours au médecin généraliste, comparativement à un regroupement de professionnels tels que gynécologue libéral, médecin hospitalier et professionnels du CIVG, entraîne un délai plus long de deux jours environ. Il est pourtant l'interlocuteur principal, sollicité par 54% de la population, et majoritairement consulté par des femmes de niveau supérieur ou égal au baccalauréat. Lors de la consultation, il semble être le plus informatif sur les conditions de l'interruption. Au final, ces résultats montrent le rôle essentiel du médecin généraliste en premier recours. Mais il reste des efforts à fournir pour faciliter l'accès des femmes au centre d'orthogénie.

Mots-clés

Médecin généraliste

Interruption volontaire de grossesse

Avortement

Délai d'accès

Format

■ Mémoire

☐ **Article¹ :** ☐ à soumettre ☐ soumis ☐ accepté pour publication ☐ publié
suivi par :

1 statut au moment de la soutenance